

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La pseudoartrosis de escafoides es la falta de consolidación del hueso tras sufrir una fractura, que, en un periodo prolongado de tratamiento, no ha conseguido cicatrizar. La necesidad de tratar esta pseudoartrosis, se debe a la predisposición a una artrosis secundaria en los huesos de la mano.

El procedimiento consiste en primer lugar en la limpieza y raspado del foco de la fractura. A continuación, se puede extraer un pequeño injerto de hueso de otra parte del cuerpo (como la pelvis) o usar un injerto sintético. Este injerto se coloca en el área donde el escafoides no ha sanado, con el objetivo de estimular la curación y permitir que el hueso se una correctamente. Además, en algunos casos, se puede utilizar una placa o tornillos para estabilizar el hueso durante el proceso de curación.

La finalidad de la técnica es calmar el dolor, mejorar la funcionalidad de la muñeca y mano y prevenir la aparición de artrosis.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Hematoma o lesión vascular.
- Persistencia del dolor, inestabilidad o déficit funcional.
- Rigidez y/o limitación de movimientos de la muñeca o de articulaciones vecinas.
- Infección del hueso (osteomielitis).
- Retraso o fracaso de la consolidación ósea.
- Dolor residual.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula o estructuras óseas cercanas durante la intervención
- Intolerancia, movilización o rotura del material implantado.
- Lesión de vasos y nervios cercanos. Puede suponer una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Esta puede ser temporal o definitiva.
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).
- Algodistrofia o enfermedad de Sudeck: cambios en el color, sensibilidad y la temperatura de la piel, con dolor, sudor e inflamación.
- Embolia grasa, flebitis (inflamación de las venas) o tromboflebitis. Pueden causar un tromboembolismo pulmonar (desplazamiento de un coágulo al pulmón) y tener consecuencias fatales.
- Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

- Complicaciones de la herida quirúrgica (infección, dolor, mala cicatrización, cambios en la sensibilidad, etc.)
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, ortopédico o de rehabilitación, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión

☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico con anti-inflamatorios o infiltraciones.
- Inmovilización mediante ortesis (dispositivos externos que sirven de apoyo y soporte).
- Cirugía paliativa.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES"

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Traumatología
y Cirugía Ortopédica*

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: